

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Influencia de las dimensiones del programa tecnología de decisiones informadas sobre el estado nutricional en niños/niñas menores de 5 años, provincia Acobamba Huancavelica 2020

Por:

Keyla Stefany Apaza Jilaja

Asesor:

Dra. Ruth Beatriz Quiliche Castañeda

Lima, julio del 2020

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DE MAESTRO(A)

N° 282

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a 10 días del mes de Diciembre del año 2020, siendo las 17:00 hrs, se reunieron en la modalidad online sincrónica, bajo la dirección del Señor Presidente del Jurado: Dr. Cesar Augusto Gálvez Vivanco, el secretario: Mg. Sara Esther Richard Pérez, los demás miembros: Mg. Neda Pomé Cárdenas y Mg. John Eloy Ponce Pardo y el asesor: Dra. Ruth Beatriz Quiliche Castañeda, con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de Tesis de Maestro(a) titulada: "Influencia de las dimensiones del programa tecnología de decisiones informadas sobre el estado nutricional en niños/niñas menores del Bachiller/Licenciado(a)

Keyla Stefany Apaza Jilaja

Conducente a la obtención del Grado Académico de Maestro(a) en:

Salud pública

(Nomenclatura del Grado Académico)

Salud Colectiva y Promoción de la Salud

con Mención en

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al candidato hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del Jurado a efectuar las preguntas, cuestionamientos y aclaraciones pertinentes, los cuales fueron absueltos por el candidato. Luego se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del Jurado.

Posteriormente, el Jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Keyla Stefany Apaza Jilaja

Bachiller/Licenciado (a):

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	16	B	Con nominación de bueno	Muy bueno

(*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del Jurado invitó al candidato a ponerse de pie, para recibir la evaluación final. Además, el Presidente del Jurado concluyó el acto académico de sustentación, procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Presidente

Secretario

Asesor

Miembro

Miembro

Bachiller/Licenciado(a)

ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DE LA TESIS

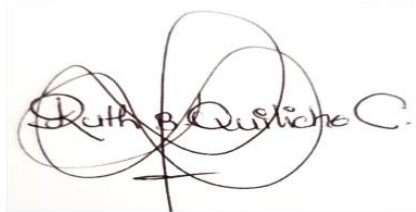
Yo **RUTH BEATRIZ QUILICHE CASTAÑEDA**, identificada con DNI N° 07885654, asesora de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión;

DECLARO:

Que la tesis titulada: ***INFLUENCIA DE LAS DIMENSIONES DEL PROGRAMA TECNOLOGÍA DE DECISIONES INFORMADAS SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS/NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS, PROVINCIA ACOBAMBA HUANCVELICA 2020***, constituye la memoria que presenta **KEYLA STEFANY APAZA JILAJA**, para obtener el grado académico de Maestro en Salud Pública con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud, cuya tesis ha sido desarrollada en la Universidad Peruana Unión con mi asesoría.

Asimismo, dejo constancia de que las opiniones y declaraciones registradas en la tesis son de entera responsabilidad de la autora. No comprometen a la Universidad Peruana Unión.

Para los fines pertinentes, firmo esta declaración jurada, en la ciudad de Ñaña (Lima), a los 10 días del mes de diciembre de 2020.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ruth B. Quiliche C.', with a large, stylized circular flourish above the text.

**DRA. RUTH BEATRIZ QUILICHE
CASTAÑEDA**
Asesora

Dedicatoria

A mis queridos padres Edgar y Mery y mis hermanos Ederth y Kelly, quienes llenan mi vida de felicidad, al ser la razón de mi vida.

Agradecimientos

A mis padres por su motivación y apoyo incondicional para seguir adelante. A mis hermanos Ederth y Kelly, por estar presentes aportando buenas cosas a mi vida y brindarme mucha felicidad.

A mi amiga y compañera Tania Laura, por su guía y amistad leal.

A la Dirección de la UPG de Salud Pública y sus maestros, quienes nos brindaron conocimientos.

Tabla de contenido

Dedicatoria.....	iv
Agradecimientos	v
Tabla de contenido.....	vi
Índice de tablas	viii
Resumen.....	x
Abstract	xi
Capítulo I.	12
Planteamiento del problema.....	12
1.1. Identificación del problema	12
1.2. Problema de investigación	15
1.2.1. Problema General.....	15
1.2.2. Problema Específicos.....	15
1.3. Objetivos	15
1.3.1. Objetivo general.....	15
1.3.1. Objetivos específicos.	16
1.4. Justificación	16
Capítulo II.	18
Marco teórico/Revisión de la literatura.....	18
2.1. Antecedentes	18
2.2. Bases teóricas.....	21
2.2.1. Estado nutricional.	21
2.2.2. Programa “Tecnología Decisiones Informadas” (TDI).	26

2.3. Hipótesis	31
Capítulo III.....	32
Materiales y métodos	32
3.1. Tipo de investigación.....	32
3.2. Diseño de la investigación	32
3.3. Población y muestra.....	32
3.3.1. Muestra.	33
3.4 Operacionalización de variables	34
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	36
3.6. proceso de recolección de datos.....	36
3.7 instrumento de recolección de datos	37
3.7 Procesamiento y análisis de datos.....	37
3.8 Aspectos éticos.....	37
Capítulo IV.....	39
Resultados y Discusión	39
4.1. Resultados	39
4.2. Discusión.....	51
Capítulo V:.....	57
Conclusiones y Recomendaciones.....	57
5.1. Conclusiones	57
5.2. Recomendaciones	59
Referencias.....	61
Anexos	65

Índice de tablas

<i>Tabla 1 - Clasificación del estado nutricional de niños de 29 días menores a 5 años.....</i>	<i>26</i>
<i>Tabla 2 - Población de viviendas y niño según comunidad.....</i>	<i>32</i>
<i>Tabla 3 - Operacionalización de variables.....</i>	<i>34</i>
<i>Tabla 4 - Frecuencia del estado nutricional de los niños.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabla 5 - Influencia de la “buena alimentación” relacionada con el estado nutricional.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabla 6 - Relación entre la dimensión “buena alimentación” y el estado nutricional</i>	<i>41</i>
<i>Tabla 7 - Influencia de la “buena salud” relacionado con el estado nutricional.....</i>	<i>41</i>
<i>Tabla 8 - Grado de relación entre la dimensión “buena salud” y el estado nutricional</i>	<i>42</i>
<i>Tabla 9 - Influencia de la “buena atención” relacionado con el estado nutricional.....</i>	<i>42</i>
<i>Tabla 10 - Grado de relación entre la “buena atención” y el estado nutricional</i>	<i>44</i>
<i>Tabla 11 - Influencia de la “cuidadores preparados” con el estado nutricional.....</i>	<i>44</i>
<i>Tabla 12 - Grado de relación entre la “cuidadores preparados” y el estado nutricional....</i>	<i>46</i>
<i>Tabla 13 - Influencia de la “vivienda saludable” relacionado con el estado nutricional</i>	<i>47</i>
<i>Tabla 14 - Relación entre la “vivienda saludable” y el estado nutricional</i>	<i>48</i>
<i>Tabla 15 - Influencia de la “comunidad saludable” relacionado con el estado nutricional</i>	<i>49</i>
<i>Tabla 16 - Relación entre la “vivienda saludable” y el estado nutricional</i>	<i>51</i>
<i>Tabla 17 – Matriz instrumental.....</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<i>Tabla 18 – Matriz de consistencia</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>

Índice de anexos

Anexo 1 - Matriz de instrumentos.....	65
Anexo 2 - Matriz de consistencia.....	66
Anexo 3 - Consentimiento informado.....	67
Anexo 4 – Cuestionario de tecnología de decisiones informadas.....	68
Anexo 5 – Ficha antropométrica	69

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue determinar la influencia de las dimensiones del programa Tecnología de Decisiones Informadas sobre el estado nutricional en niños/niñas menores de 5 años de la provincia Acobamba, Huancavelica 2020. El estudio fue de diseño no experimental, de corte transversal de tipo explicativa. Se encuestaron 108 personas de la Provincia Acobamba, y para la recolección de datos se usó un cuestionario propuesto por el Instituto Nacional de Salud y el Centro de Alimentación y Nutrición INS-CENAN. Los resultados fueron procesados utilizando el programa estadístico STATA CORP.

Los resultados que de las siete dimensiones para el buen estado nutricional del niño/niña menor de 5 años, los indicadores que influenciaron en el presente trabajo fueron: “alimento distinto a la leche materna” ($P=0.026$), “tres o más comidas espesas al día” ($P=0.049$), “la madre dio de comer al niño el día anterior” ($P=0.010$) y la “presencia de peleas en el hogar el día anterior” ($P=0.019$). En conclusión, es necesario que, la Dirección Regional de Salud Huancavelica, de manera específica el personal profesional del área niño, niña debe reforzar el primer nivel de atención, promoviendo capacitaciones frecuentes y efectuando actividades que permitan promover información acerca de los hábitos adecuados para un buen estado nutricional de los niños.

Palabras clave: Dimensiones, estado, nutricional, indicadores, niños/niñas.

Abstract

The objective of this research was to determine the influence of the dimensions of the Informed Decision Technology program on the nutritional status of children under 5 years of age in the Acobamba province, Huancavelica 2020. The study was of a non-experimental, cross-sectional design explanatory type. 108 people from the Acobamba Province were surveyed, and a questionnaire proposed by the National Institute of Health and the INS-CENAN Food and Nutrition Center was used for data collection. The results were processed using the statistical program STATA CORP.

The results that of the seven dimensions for the good nutritional status of children under 5 years of age, the indicators that influenced this work were: "food other than breast milk" ($P = 0.026$), "three or more meals thick a day" ($P = 0.049$), "the mother fed the child the day before" ($P = 0.010$) and the "presence of fights in the home the day before" ($P = 0.019$). In conclusion, it is necessary that the Huancavelica Regional Health Directorate, specifically the professional staff of the boy and girl area, should reinforce the first level of care, promoting frequent training and carrying out activities that allow promising information about the appropriate habits for a good nutritional status of children.

Keywords: Dimensions, state, nutritional, indicators, boys / girls.

Capítulo I.

Planteamiento del problema

1.1. Identificación del problema

La Región de salud de Huancavelica desde el año 2008, viene recibiendo presupuesto a través de los Programas Estratégicos, mediante una Estructura Funcional Programática para la lucha contra la desnutrición crónica infantil. Estos presupuestos se canalizan hasta la fecha a todos los gobiernos provinciales, distritales y sector salud, quienes debieron haber logrado una articulación territorial en el manejo efectivo que asigna el MEF y presentar resultados en el descenso de la Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años, a través de intervenciones articuladoras bajo el liderazgo de la máxima autoridad que es el Alcalde del Distrito, y lograr fortalecer esta intención que presenta la política nacional y regional en la lucha contra la desnutrición infantil y anemia, aspectos que postra a muchas generaciones en la incapacidad de insertarse en la sociedad y no contar con un capital humano idóneo para un efectivo desarrollo económico, político y social para nuestra Provincia y Región.

Asimismo, es de conocimiento que la desnutrición en el niño menor de 5 años, sigue siendo prevalente, aunque en últimos tiempos ha descendido gracias a las intervenciones por diferentes estrategias, aun en algunos pueblos. Este problema continúa, debido a los efectos económicos y políticas de estado establecida para lograr la disminución de la desnutrición en los niños, estos indicadores de la desnutrición son más alarmantes en países subdesarrollados, según menciona la” (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Por su parte Sánchez (2012) señala también que, la desnutrición crónica infantil constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en el Perú, según los valores de referencia de la OMS, la prevalencia nacional es del 19,5% en niños menores de cinco años. En

consecuencia, la desnutrición crónica infantil afecta de manera negativa al individuo en el transcurso de su vida, restringe el desarrollo de la familia y obstaculiza la eliminación de la pobreza. Frente a esta situación el autor refiere que el Gobierno peruano deberá continuar fortaleciendo principalmente el uso eficiente de recursos económicos, la evaluación de intervenciones, la realización de investigaciones que permitan definir relaciones de causalidad y brindar información para el diseño de políticas públicas, que fortalezcan las capacidades de recursos humanos en la salud y la articulación de los diferentes niveles del Gobierno (Sánchez, 2012).

Según el INEI, la debilidad crónica en los niños menores de 5 años es de 19.5%, lo que refleja una dificultad de salud pública, que conmueve al medio social. Esta desnutrición crónica, logra afectar al niño durante la etapa de desarrollo y como consecuencia un efecto negativo, durante toda su vida. Asimismo, según el INEI, los casos que se han identificado en la población rural están relacionados con los bajos ingresos económicos. Además, se ha identificado que solo 16 departamentos, están por encima de estos indicadores en mención, no obstante, de estos 7 poseen el 30% de desnutrición crónica infantil en niños menores de los 5 años (INEI, 2011).

Por su parte, Sobrino, Gutiérrez, Cunha, Dávila y Alarcón (2014), al estudiar las tendencias y determinantes de la desnutrición infantil, concluyeron que, a pesar de que la desnutrición disminuyó entre el 2000 y el 2011, las tasas actuales de desnutrición crónica son de (30,7%), lo cual demuestra que son muy altas, en tal sentido el gobierno debe reducir estas cifras, mediante las políticas de estado.

Otro estudio realizado por Flores, Calderón, Rojas, Alarcón y Gutiérrez (2015) en niños indígenas menores de 5 años la desnutrición crónica y anemia, concluyó, que la desnutrición

crónica en los niños evaluados presenta indicadores elevados de desnutrición crónica, que son evidentes a la percepción y que la situación de desigualdad y la situación de pobreza presente en estas poblaciones indígenas de la selva peruana, tiene una carente salud pública”.

El problema de desnutrición crónica en el departamento de Huancavelica ha variado. en el año 2016 la proporción de menores de 5 años con Desnutrición Crónica fue de 33,4%, en el año 2017 disminuyó a 31,2%, pero en el año 2018 esta cifra volvió a incrementarse a 32,0% (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2019). Ahora bien, a pesar que este departamento, desde el año 2008, viene recibiendo presupuesto a través de los Programas Estratégicos (Programa Articulado Nutricional, Mejora de la inocuidad agroalimentaria, entre otros), mediante una Estructura Funcional Programática, para la lucha contra la desnutrición crónica infantil, presupuestos que fueron canalizados a todos los gobiernos provinciales, distritales y el sector salud, para afrontar la lucha contra la desnutrición infantil y anemia (Municipalidad Provincial Acobamba, 2018).

Frente a esta situación la Micro Red II-Hospital de Acobamba, viene desarrollando actividades en el marco del Programa Estratégico Articulado Nutricional, las que no parecen ser suficientes porque los niveles de desnutrición crónica continúan siendo altos, por lo que fue necesario aplicar la Tecnología Decisiones Informadas (TDI), con el objetivo de contribuir con la gestión distrital a priorizar acciones para reducir la Desnutrición Crónica infantil sobre la base de información para la toma de decisiones (Minsa, 2008). La misma que hasta la fecha no ha sido evaluada para verificar su influencia en el estado nutricional, lo que motiva la necesidad de investigar.

1.2. Problema de investigación

1.2.1. Problema General.

- ¿Cuál es la influencia de las dimensiones del programa Tecnología de Decisiones Informadas sobre el estado nutricional en niños/niñas menores de 5 años, provincia Acobamba Huancavelica 2020?

1.2.2. Problema Específicos.

- ¿Cuál es la relación entre la buena alimentación con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años?
- ¿Cuál es la relación entre la buena salud con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años?
- ¿Cuál es la relación entre la buena atención con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años?
- ¿Cuál es la relación entre los cuidadores preparados con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años?
- ¿Cuál es la relación entre la vivienda saludable con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años?
- ¿Cuál es la relación entre la comunidad saludable con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general.

- Determinar la influencia de las dimensiones del programa Tecnología de Decisiones Informadas sobre el estado nutricional en niños/niñas menores de 5 años, provincia Acobamba Huancavelica 2020

1.3.1. Objetivos específicos.

- Relacionar la dimensión buena alimentación con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años.
- Relacionar la dimensión buena salud con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años.
- Relacionar la dimensión buena atención con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años.
- Relacionar la dimensión cuidadores preparados con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años.
- Relacionar la dimensión vivienda saludable con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años.
- Relacionar la dimensión comunidad saludable con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años.

1.4. Justificación

El presente trabajo de investigación cobra importancia debido a la alta prevalencia de desnutrición crónica a nivel mundial y en el Perú, a su vez, las consecuencias que ocasionan en el niño o niña a futuro en el menor de 5 años en zonas de mayor pobreza como es Huancavelica, lo cual motiva realizar la evaluación a los niños y niñas que recibieron la implementación del Programa de la Tecnología de Decisiones Informadas y dentro de uno de sus objetivos tiene como propósito disminuir la desnutrición crónica.

La influencia de los indicadores del Programa de la Tecnología de Decisiones Informadas, no solo demostrará su sostenibilidad, sino que, permitirá conocer las estrategias utilizadas para lograr buenos resultados como la sensibilización de las autoridades locales sobre la situación

nutricional de los niños y estos puedan ser replicados en otras zonas de pobreza, donde el niño menor de 5 años continúa siendo vulnerable a la desnutrición crónica por las deficiencias nutricionales, tomando en cuenta que la ejecución de este programa se basa en el compromiso indispensable de las autoridades en el nivel distrital y la voluntad política de iniciar el monitoreo distrital de indicadores nutricionales y sus determinantes.

Capítulo II.

Marco teórico/Revisión de la literatura

2.1. Antecedentes

Hernández y Tapia (2017) en su artículo “Desnutrición crónica en menores de cinco años en Perú: análisis espacial de información nutricional, 2010-2016”, evaluar los cambios en las prevalencias regionales y determinar la presencia de conglomerados distritales con altas prevalencias de desnutrición crónica infantil (DCI), ha tomado como base los indicadores reportados sobre el estado nutricional de los niños, concluyendo que, en el Perú se ha conseguido significativos adelantos en someter a la desnutrición crónica infantil, pero aún en la sierra y en distritos expandidos de la selva, la desnutrición presenta altas prevalencias y en Huancavelica se encuentra por encima del 30%.

Ghisays, Suarez y Lastre (2018), el estudio titulado “Estado nutricional de niños menores de cinco años en el caribe colombiano”. La muestra estuvo conformada por 140 niños y niñas menores de 5 años asistentes al programa de recuperación nutricional, y tomando los puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional. Se encontró al 59% de las niñas con riesgo de desnutrición y concluyó que la antropometría constituye un indicador que resume varias condiciones relacionadas con salud y nutrición (Ghisaya, Suarez, Lastre y Fuentes, 2018).

Arrunátegui (2016) en el estudio titulado “Estado nutricional en niños menores de 5 años del distrito de San Marcos”, realizado en Ancash Perú, seleccionó a 117 niños y empleando las variables peso (Kg) y talla (cm) demostraron que existe una alta prevalencia de desnutrición moderada en la mayoría de los niños estudiados. La cuantificación Talla/edad (T/E) $Z < -2$ (moderada) o (T/E) $Z < -3$ (grave), se observó en 46% de los niños de Carhuayoc, 60% de los

niños de Pujun y 62% de los niños de Ayash Huaripampa, estos resultados concluyeron que, existe un alto índice de desnutrición en la población rural de la sierra de Ancash (Arrunátegui, 2016).

La Fuente, Rodríguez y Fontaina (2016), en la investigación titulada “Prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Tacopaya, primer semestre gestión 2014”, realizado en Cochabamba, evaluaron los datos de talla, peso, edad, sexo y grupo étnico de acuerdo con los estándares de la OMS; señalaron que, en el Centro de Salud Tacopaya, 106 (16,2%) presentaron desnutrición crónica y el número más alto de desnutrición crónica fue en el grupo étnico de 1 año a menor de 2 años y de sexo masculino. Se concluyó que, la desnutrición sigue siendo un problema muy grave que sigue afectando a la población boliviana. Esta información puede ser útil para la planificación de intervenciones nutricionales dirigidas a reducir desnutrición crónica (La Fuente, Rodríguez y Fontaina, 2016).

Janna y Hanna (2016) en su investigación titulada “Desnutrición en la población infantil de 6 meses a 5 años en Ayapel” realizado en Córdoba (Colombia), en 533 niños y niñas utilizando la metodología SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions), encontró al 70% de niños con buena nutrición. Se concluyó que la muestra evaluada presentó varios tipos de malnutrición. El autor recomienda que deben realizarse un análisis nutricional de la población infantil, ya que, las cifras son semejantes a los informes a escala nacional, no corresponden con la realidad de los menores del presente estudio (Janna y Hanna, 2016).

Flores, Calderón, Rojas, Alarcón y Gutierrez (2015), en el artículo “Desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años de hogares indígenas del Perú – Análisis de la Encuesta

Demográfica y de Salud Familiar 2013”, realizado en Lima, con el objetivo de determinar la prevalencia de desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años de hogares indígenas del Perú. A partir de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013, del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), concluyó que, la desnutrición crónica y anemia resultaron elevadas en niños menores de 5 años de hogares indígenas en la selva del Perú.

Sobrino, Gutierrez, Cunha, Dávila y Alarcón (2014). En el artículo de investigación titulado “Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes”. Se analizó los indicadores nutricionales de menores de 5 años de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011 y su evolución a partir de datos de las ENDES 2000, 2005 y 2008. Los resultados obtenidos demostraron que, las actuales tasas de desnutrición crónica siguen siendo muy alta, lo que constituye un verdadero desafío para las políticas públicas del estado peruano. Asimismo, en la actualidad el estado tiene un gran desafío de optimar la calidad de vida de las urbes más sensibles, por lo que las políticas públicas deben de estar enfocada a solucionar este problema evidente de la salud publica en el Perú.

Bonifaz (2014) en el estudio titulado “Influencia de los indicadores de la tecnología de decisiones informadas sobre el estado nutricional en niños menores de 36 meses, Suykutambo-Espinar- Cusco”, realizado en Arequipa Perú, seleccionó a 93 niños menores de 36 meses. El instrumento utilizado módulo de información de la tecnología de decisiones informadas. Los resultados dictaminaron que el 57% presentó un estado nutricional normal, el 32% déficit de talla 8% adelgazamiento y el 3% sobrepeso; entre los indicadores que influyen en el estado nutricional son la lactancia materna exclusiva, suplementación de hierro, tres o más comidas

espesas de la condición "Niño bien alimentado"; fiebre, diarrea, infección respiratoria de la condición "Niño bien de salud"; vacunas al día para su edad, control CRED para su edad de la condición "Niño bien atendido"; los que recibieron estimulación temprana, el tener más de tres dependientes de la condición "Niño reside en una comunidad saludable". Se concluyó que, no todos los indicadores de la tecnología de decisiones informadas influyen en el estado nutricional en niños menores de 36 meses del distrito de Suykutambo (Bonifaz, 2014).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Estado nutricional.

“El estado nutricional, es el resultado final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En los niños y niñas, especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento” (ODM, 2010). Sin duda esta es una de las definiciones que más resume la importancia de mantener en optimo estado la situación nutricional del niño menor de 5 años, ya que, la gran velocidad de crecimiento y sumado a esto otros factores. Pueden afectar en forma rápida y variar los resultados en el estado nutricional. De allí la importancia del control en el crecimiento y desarrollo en forma periódica, detectándose de manera temprana las alteraciones nutricionales y, por ende, obteniendo una evaluación oportuna y adecuada, a través de mediciones antropométricas (Arrunátegui, 2016).

En el niño menor de 5 años (Fondo para el logro de los ODM, 2010), afirma que, “el estado nutricional, es el resultado final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En los niños y niñas, principalmente durante el primer año de existencia, debido a la gran rapidez de crecimiento, cualquier factor que turbe la medida implica velozmente en el crecimiento” (p.9).

El niño menor de 5 años debido a la gran velocidad de crecimiento, junto a otros factores afectarán el equilibrio nutricional, afectará y cambiará rápidamente los resultados del estado nutricional. Por ende, es importante controlar regularmente el crecimiento y el desarrollo, ya que, puede detectar trastornos nutricionales temprano y de este modo, obtener una evaluación oportuna y adecuada del crecimiento corporal a través de la antropometría (Arrunátegui, 2016).

2.2.1.1. Desnutrición.

La Organización Mundial de la Salud (2018) señala que, hay cuatro tipos principales de desnutrición: pérdida de peso, retraso del crecimiento, bajo peso y deficiencias de vitaminas y minerales. Debido a la desnutrición, los niños son especialmente susceptibles a la enfermedad y la muerte. El bajo peso relativo a la altura se llama emaciación. Que, por lo general, indica pérdida de peso reciente y grave porque la persona no tiene suficiente dieta y/o padece enfermedades infecciosas que causan pérdida de peso, como diarrea. Los bebés con emaciación moderada o grave tienen un mayor riesgo de muerte, pero se puede proporcionar tratamiento. La talla insuficiente se llama retraso en el crecimiento. Este es el resultado de la desnutrición a largo plazo, generalmente relacionada con malas condiciones socioeconómicas, una mala nutrición y salud materna, recurrencia de enfermedades y/o alimentación o lactancia inadecuada de bebés y niños pequeños.

Según la UNICEF (2015) “la desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. La desnutrición puede ser crónica, aguda y desnutrición según peso para la edad” (p.1). La desnutrición tiende a poseer un peso corporal menor a lo estándar para la edad, presentar carencia de vitaminas o minerales (UNICEF, 2014).

El Ministerio de Salud (2017) planea estrategias centradas en las personas y las familias para reducir la desnutrición en niños menores de 5 años. El objetivo es reducir la desnutrición crónica a través de intervenciones como visitas domiciliarias por parte del sector salud en la misma familia, y la integración con las intervenciones del MINSA y las intervenciones de otros sectores, como el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, entre otros sectores (Minsa, 2017).

Para abordar el desafío de reducir la desnutrición crónica, el Ministerio de Salud ha enfatizado quince intervenciones estratégicas, enfocándose en varias etapas del ciclo de vida. Estas intervenciones se han incluido en el Programa Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal. Para lograr resultados, se reconoció la urgente necesidad de fortalecer la provisión de intervención estratégica y coordinación a nivel presupuestario de los gobiernos nacional, regional y local (Minsa, 2017).

Con este fin, se ha propuesto reducir la tasa de desnutrición crónica de niños menores de 5 años del 13.1% en 2016 al 9.7% en 2019 y al 6.4% en 2021, especialmente para niños menores de 3 años (MINSA, 2017).

Flores y Calderón (2015) afirma que, “la inversión para erradicar la desnutrición es un imperativo ético, de justicia social y de respeto a los derechos humanos; pero, es también una forma sostenible de invertir para la su operación de la pobreza, por aumentar el crecimiento de la economía nacional” (p.2).

2.2.1.2. Desnutrición crónica.

La desnutrición crónica infantil (DCI) se refiere a un estado en el que el crecimiento en altura de una niña o un niño, presenta retardo no correspondiendo a la edad. (MINSA, 2017). Según la OPS (2012) “la desnutrición crónica es el estado en el cual las niñas y niños tienen

baja estatura con relación a una población de referencia” (p.1). No obstante, para Flores y Calderón (2013), la desnutrición crónica es un problema importante de salud pública, cuyas consecuencias se manifiestan a lo largo de todo el ciclo vital (p.1).

El MINSA (2013) afirma que, “es el retardo en el crecimiento de un niño o niña. Este proceso se debe a múltiples factores, tales como una inadecuada alimentación, tanto en cantidad y calidad, bajo peso al nacer y el mal estado de salud de niño o niña. Estos y otros factores influyen negativamente en su crecimiento durante los tres primeros años de vida” (p.16).

La desnutrición crónica en los niños es un importante problema de salud pública, y sus consecuencias se reflejan a lo largo del ciclo de vida y afectan principalmente a las personas extremadamente pobres o pobres. Por lo tanto, es muy importante lidiar con la desnutrición crónica porque tiene un impacto negativo directo, por ejemplo, los niños menores de cinco años tienen más probabilidades de tener una enfermedad o muerte prematura, y afectan a largo plazo el rendimiento escolar, la capacidad laboral y causan costos y pérdidas económicas. Para la familia y la sociedad (Alcazar, Ocampo, Huaman y Aparco, 2013).

La desnutrición crónica puede causar retraso en el crecimiento en niños y niñas, y sufrirán una serie de efectos negativos, el más grave de los cuales es el desarrollo cerebral deficiente (Marini, 2017); esto afecta el desarrollo intelectual y cerebral de los niños, lo que perjudica la salud de los niños, reduce su tiempo en la escuela y aumenta la probabilidad de que los niños pobres continúen siéndolo como adultos (Marini, 2017).

2.2.1.3. Sobrepeso y obesidad.

La obesidad es una enfermedad crónica, existe en todas las personas y aumenta con el tiempo. La tasa de prevalencia es más alta entre los adultos, seguida de las escuelas,

preescolares y grupos de adolescentes. Los que viven en zonas urbanas, las mujeres y los que se consideran no pobres son los más afectados. La obesidad existe en todo el mundo y ha sido declarada una epidemia en el siglo XXI. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la obesidad como “una excesiva o una anormal acumulación de grasa que puede afectar a la salud”. Y la forma más efectiva de determinar si tiene sobrepeso u obesidad es calculando su índice de masa corporal.

Las principales causas del sobrepeso y la obesidad son los trastornos alimentarios entre el consumo y la ingesta de calorías. Los alimentos procesados y refinados contienen una gran cantidad de azúcar y grasas saturadas, que contienen muchas calorías. Por esta razón, además de poco o ningún ejercicio físico, también podemos aumentar el estilo de vida sedentario.

2.2.1.4. Evaluación del Estado Nutricional.

Una correcta valoración del estado nutricional (VEN) permite identificar las alteraciones nutricionales por exceso y por defecto, y posibilita el adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico, donde es importante el estudio antropométrico y la valoración de la composición corporal (Marugán de Miguelsanz, Torres , Alonso y Redondo, 2015).

Los objetivos de la valoración de estado de nutrición son conocer o estimar el estado de nutrición de un individuo o población en un momento dado; medir el impacto de la nutrición sobre la salud, el rendimiento o la supervivencia; identificar individuos en riesgo, prevenir la mala nutrición aplicando acciones profilácticas, planeación e implementación del manejo nutricional; y monitoreo, vigilancia, y confirmar la utilidad y validez clínica de los indicadores.

2.2.1.5. Indicadores del Estado Nutricional.

2.2.1.5.1. Talla para la edad (T/E). Indica la altura que los niños deben tener en la edad que tienen. Proporciona información sobre la historia del estado nutricional. Cuando la altura

es inferior a la edad esperada del niño o niña, puede sufrir retraso en el crecimiento, lo que se denomina desnutrición crónica. (Fondo para el logro de los ODM, 2010).

2.2.1.5.2. Peso para la edad (P/E). Este indicador puede usarse para predecir el riesgo de muerte de niños menores de 5 años, lo que lo hace extremadamente útil en los programas de monitoreo de nutrición para este grupo de edad. Evalúa la desnutrición aguda y crónica, sin diferenciar la una de la otra. Según el Ministerio de Salud Perú (2011), la evaluación nutricional está basada en la comparación de indicadores. evaluación nutricional se realiza en base a la comparación de indicadores: P/E, T/E y P/T con los valores de los Patrones de Referencia vigentes.

Tabla 1

Clasificación del estado nutricional de niños de 29 días menores a 5 años

Puntos de corte	Peso para la edad	Peso para la talla	Talla para la edad
Desviación estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
> + 3		Obesidad	
> + 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
> 2 ^a – 2	Normal	Normal	Normal
> 2 ^a – 3	Desnutrición	Desnutrición aguda	Talla baja
< - 3		Desnutrición severa	

Fuente: Ministerio de Salud 2016.

2.2.2. Programa “Tecnología Decisiones Informadas” (TDI).

El TDI es un programa es un sistema de información a nivel local que proporciona a los municipios, funcionarios y operadores de servicios públicos información sobre el estado nutricional y los indicadores principales; y en base a esta información, se da prioridad a las acciones y / o intervenciones para reducir la desnutrición infantil.

Desde el año 2007 a la fecha, el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición ha preparado, verificado, desarrollado y transferido la tecnología de toma de decisiones de informadas a las Direcciones Regionales de Salud, que a su vez implementó la tecnología a nivel del gobierno local en las zonas más pobres del Perú. La prevalencia de la desnutrición crónica es alta y ha demostrado ser una herramienta para monitorear y evaluar indicadores estratégicos relacionados con la desnutrición crónica infantil y sus determinantes. Permite a las autoridades locales mejorar el manejo municipal para resolver los problemas observados y afectar la reducción de la desnutrición crónica (Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Salud, 2008).

Debido a las múltiples causas de la desnutrición crónica, se propone un enfoque integral para esto. Ya que los municipios se han comprometido a implementar el TDI; y priorizan las acciones como procesos participativos, porque se han formado comités multisectoriales locales para ejecutar el proceso, y cada departamento ha asumido compromisos basados en su papel (Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Salud, 2008).

2.2.2.1 Indicadores del programa.

2.2.2.1.1. Niño y niña bien alimentados. Para obtener una buena alimentación, el Ministerio de Salud (2013) capacitó a profesionales de microrredes para capacitarlos para enfrentar la desnutrición crónica. En este caso, es necesario modificar uno de los factores determinantes que predisponen a la desnutrición al niño y niña menor de 3 años, se debe cumplir las siguientes acciones:

- Darle lactancia materna exclusiva desde que nacen hasta los 6 meses y seguir dando de lactar hasta los dos años.
- Darle al niño y niña a partir de los 6 meses, más de 3 comidas espesas.

- Darle al niño y niña a partir de los de 6 meses suplementos: Hierro y vitamina A (Ministerio de Salud, 2014).

El Ministerio de Salud (2013) señala que, las niñas y niños con una adecuada nutrición tendrán un mejor desarrollo físico e intelectual que disminuirá las posibilidades de contraer enfermedades. Del mismo modo, de la atención en los primeros tres años de vida dependerá su rendimiento escolar y su desarrollo (p.16).

2.2.2.1.2. Niño y niña bien de salud. La (Organización Mundial de la Salud, 2019), ha considerado a los niños como el futuro de un país. Y los padres y/o los responsables del cuidado deben priorizar su crecimiento y desarrollo saludable. La (Organización Mundial de la Salud/UNICEF, 2013), refieren que, “Se trata de una etapa crucial de crecimiento y desarrollo, porque las experiencias de la primera infancia pueden influir en todo el ciclo de vida de un individuo” (p.5); especialmente cuando el niño o niña tiene menos de 3 años, es susceptible a diversos grados de desnutrición y enfermedades infecciosas, por lo que deben tomarse las siguientes medidas (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Las acciones deben estar dirigidas a proteger al niño y niña de las enfermedades diarreicas y/o respiratorias (Ministerio de Salud, 2013,)

2.2.2.1.3. Niño y niña bien atendidos

- Tener sus vacunas de acuerdo al esquema
- Tener sus controles de crecimiento y desarrollo de acuerdo a su edad
- Haber recibido consejería nutricional de acuerdo a esquema

2.2.2.1.4. Niño y niña con cuidadores preparados. Sobre cuidadores preparados Gordon (2002) señala que:

“Todos los padres necesitan aprender métodos eficaces para atender las necesidades, pero etiquetar al niño como mal portado no es una de ellos” (p.4).

Un niño llora porque está hambriento, o tiene frío, o dolor. Algo está mal, el organismo necesita algo. La conducta de llorar es la manera del niño de decir “ayuda”. De hecho, este comportamiento debe considerarse apropiado ("bueno") porque llorar es suficiente para brindarle al niño la ayuda necesaria (Gordon , 2002, p.3).

Las acciones siguientes son propias de los cuidadores preparados, saber leer y escribir, haber recibido alguna sesión demostrativa, haber recibido capacitación en estimulación temprana y haber recibido consejería en planificación familiar (Ministerio de Salud, 2013).

2.2.2.1.5. Niño y niña en vivienda saludable. El entorno que enfrentan los seres humanos está estrechamente relacionado con las condiciones de salud, lo suficiente como para considerar los fenómenos de pobreza, desigualdad, degradación ambiental y desafíos de gobernanza. La salud es una parte integral del desarrollo.

Los seres humanos deben satisfacer una serie de necesidades personales básicas y el entorno conveniente interconectado con el entorno contribuirá a ello, lo que llamamos vivienda. Estas funciones permiten a los individuos desarrollar su potencial social productivo. Entre estas necesidades incluyen sueño, descanso, alimentación, comportamiento familiar y protección contra factores climáticos, como las altas temperaturas y la lluvia. La vivienda constituye un instrumento para promover funciones básicas biológicas, psicológicas y sociales (Editorial, 2011, p.133).

Un sistema de vivienda inadecuado puede conducir a la segregación residencial y exacerbar las diferencias sociales. Cuando las viviendas forman pueblos, la presencia de los

servicios públicos y las redes técnicas crean un escenario urbano que produce un hábitat de menor entropía para la residencia de las personas (Editorial, 2011, p.133).

Para mantener una vivienda saludable es necesario realizar las siguientes acciones:

- Agua segura (hervida y clorada).
- Desagüe en red pública o letrina adecuada según el contexto.
- Cocina mejorada y/o en cuarto separado.
- Tener animales menores de consumo en jaulas o corrales.
- Vivienda no precaria.

2.2.2.2. Comunidad Saludable.

Según USAID-PERÚ (2008), en la Guía práctica de implementación, afirma:

“Una comunidad...es un lugar donde vive un conjunto de personas que comparten un territorio común, y se considera saludable porque las personas, familias, organizaciones e instituciones se organizan y trabajan unidos para vivir cada día mejor” (p.6).

Para este fin, los miembros deben trabajar de manera planificada y organizada para cuidar su propia salud, lo cual es esencial para las siguientes acciones:

2.2.2.3. La comunidad.

Promueve que los niños y niñas estén afiliados a un seguro de salud, promueve que los niños y niñas tengan DNI, que cuente con oportunidades para recibir estimulación temprana, que cuente con programas sociales de alimentación infantil.

Sus padres tengan DNI, reciban subsidio del programa Juntos, la madre está afiliada al SIS.

Su familia, participa en algún proyecto productivo para generar ingresos (Ministerio de Salud, 2013, p. 8,9).

2.3. Hipótesis

- H1: Existe relación entre la buena alimentación y el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años.
- H2: Existe relación entre la buena salud y el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años.
- H3: Existe relación entre la buena atención y el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años.
- H4: Existe relación entre los cuidadores preparados y el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años.
- H5: Existe relación entre la vivienda saludable y el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años.
- H6: Existe relación entre la comunidad saludable y el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años.

Capítulo III.

Materiales y métodos

3.1. Tipo de investigación

Se realizó un estudio de método descriptivo y correlacional, con enfoque cuantitativo, donde el investigador no tuvo intervención, sino que solo observó, evaluó y medió en su contexto real los cambios producidos y la influencia que tiene las dimensiones del Programa de la Tecnología de Decisiones Informadas sobre el estado nutricional en niños/niñas menores de 5 años, provincia Acobamba Huancavelica.

3.2. Diseño de la investigación

El estudio fue de diseño no experimental de corte transversal de tipo explicativa, porque se recabará la información sobre las variables para evaluar la variable de interés.

3.3. Población y muestra

La población estuvo conformada por el total de familias de la provincia de Acobamba que fueron beneficiarios del Programa de la Tecnología de Decisiones Informadas para disminuir la desnutrición crónica del niño menor de 5 años.

Se tomo como base el número de familias y niños que participaron en el Programa de la Tecnología de Decisiones Informadas, los que serán datos fundamentales para tomar la muestra de estudio. Los mismos que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 2

Población de viviendas y niño según comunidad

N°	Barrio/comunidad (muestra)	N° viviendas (población)	Muestra de vivienda por estratificación	Niños (población)
1	Bellavista	112	13	16
2	Putacca	20	2	2
3	Pariahuanca	15	2	2
4	Callcapa	45	5	5
5	Virgin de lourdes	30	4	4
6	Mencia	23	3	3
7	Sachaorcco	20	2	2
8	Alpas	65	8	8
9	Cconocc	15	2	2
10	Rosaspata	27	3	3
11	Putaccapata	20	2	2
12	Pillcosay	75	9	9
13	San blas	51	6	6
14	Pueblo viejo	193	23	25
15	La loma	133	16	16
16	Mamacona	20	2	2
17	Sumaqlacta	25	3	3
18	Palcostambo	8	1	1
19	Accopite	52	6	6
20	Curimaray	212	25	25
21	Tupac amaru de pomavilca	71	8	8
22	Huallpawasi	15	2	2
23	Llace	47	5	5
24	Ccarhuacc	62	7	7
25	Huayllapata II	28	3	3
26	Trigobamba	11	1	1
27	Checche	45	5	5
28	Mito	29	3	3
29	Totoraccocha	32	4	4
Total		1501	175	180

Fuente: Informe Técnico de la Implementación de Tecnologías de Decisiones Informadas de Acobamba 2018.

3.3.1. Muestra.

Estará conformada por 108 niños y niñas menores de 5 años, los que fueron calculados con la fórmula de poblaciones finitas.

Fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{180 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.06)^2 (180-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{172,872}{1,6048} = 107,7$$

= 108 Niños y niñas menores de 5 años

Donde:

- N = Total de la población
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 6%).

3.4 Operacionalización de variables

Tabla 3

Operacionalización de variables

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Valoración
Buena alimentación	% de niños que recibió lactancia. materna	1	Ordinal
	% de niños que recibió gotas de Vit A dentro de los últimos 6 meses	2	
	% de niños que recibió suplemento de hierro	3	
	% de niños que no recibió alimento distinto de leche materna	4	
	% de niños que recibió 3 o comidas espesas Recibe tres comidas espesas	5	
Buena salud	% de niños con episodio febril	6	Ordinal
	% de niños con episodios diarreicos	7	
	% de niños con cuadro respiratorio	8	
Buena atención	% de niños con vacunas al día para su edad	9	Ordinal
	% de niños con ultimo CRED según su edad	10	
	% de niños que recibió consejería nutricional	11	
	% de niños que mostro su carnet! o se halló historio	12	
	% de padre estuvo con niño ayer	13	
Cuidadores preparados	% de madre dio de comer al niño ayer	14	Ordinal
	% de niños cuidados por su madre o padre ayer	15	
	% de niños cuidados por una mayor edad	16	
	% de niños cuidados por una que lee y escribe castellano	17	
	% de niños cuidados por una persona que asistió a una sesión demostrativa	18	
Vivienda saludable	% de niños cuidados por una persona que recibió capacitación en %no estimulación temprana	19	Ordinal
	% de niños con agua segura	20	
	% de niños con desagüe en red o letrina adecuada	21	
	% de niños con cocina mejorada o cuarto separado	22	
	% de niños en vivienda sin peleas ayer	23	
	% de niños en viviendas no precarias	24	
	% de niños en viviendas que no viven más de tres personas en el mismo cuarto	25	
	% de niños con seguro de salud (SIS u otro)	26	
Comunidad saludable	% de madres con seguro de salud	27	Ordinal
	% de niños con número de identificación CUI	28	
	% que tiene DNI	29	
	% que recibió dinero donado	30	
	% que tiene educación primaria	31	
	% que no tiene más de tres dependientes	32	
	% con educación temprana en su comunidad	33	

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En primer lugar, se realizó una reunión en el despacho de la alcaldía para conocer los recursos y actores del distrito, con la coordinación de Econ. Alvar Capcha Ortiz, alcalde de la Municipalidad Provincial de Acobamba- Huancavelica Gerente Municipal, Rostber Alccacchua Taipe Gerente de Desarrollo Económico Social, Mg. Erica Ochoa Muñoz directora del Hospital Provincial de Acobamba.

Contando con la presencia de las autoridades locales y representantes de las instituciones públicas; se expuso y reflexionó sobre la situación actual de la desnutrición infantil en el Perú y la necesidad de medir indicadores básicos de desnutrición a nivel de distrito con la herramienta tecnología de decisiones informadas.

Posteriormente, se realizó la encuesta de indicadores nutricionales, mediante muestreo aleatorio basada en el módulo de información del proyecto decisiones informadas (INS/CENAN UPCH Care USAID, versión V3.2c del 18 de julio del 2010). El marco muestral estuvo constituido por la relación de grupos de población (comunidades, centros poblados con menos de quinientas viviendas).

3.6. proceso de recolección de datos.

Se empezó el trabajo a partir de las cinco de la mañana, una hora adecuada para encontrar a la población objetivo. Contando con los formatos de las encuestas, la tabla Random, útiles de escritorio. En cada vivienda se comunicó al entrevistado (a) que se está realizando una encuesta para conocer las causas que afectan la salud del niño, se determinó si en la vivienda encuestada hay niños menores de 5 años sean o no parientes; si no existía se agradeció y termino la entrevista, pero en caso de ser elegible se solicitó el consentimiento para iniciar la encuesta considerando que la entrevistado (a) a cargo del niño sea mayor de edad, de lo contrario se pidió el consentimiento de la pareja o

familiar mayor de edad que se encuentre en el hogar, indicándole que la encuesta demora unos 20 minutos, procediendo a registrar los siguientes datos.

Después de ingresar los datos al aplicativo y conociendo los porcentajes de cada indicador se realizó cuadros de doble entrada con cada uno de los indicadores de la herramienta tecnología de decisiones informadas y mediante la prueba estadística de Chi Cuadrado se determinará la influencia de cada indicador con el estado nutricional.

3.7 instrumento de recolección de datos

Para evaluar la influencia de los indicadores de la herramienta tecnología de decisiones informadas sobre el estado nutricional, se usó el cuestionario propuesto por el Instituto Nacional de Salud y el Centro de Alimentación y Nutrición INS-CENAN. En este estudio no fue necesario validar el instrumento, debido a que poseen alto grado de confiabilidad.

La evaluación nutricional se realizó con los parámetros que se encuentran en el cuadro de clasificación del estado nutricional en niñas y niños menores de 5 años, propuesto y utilizado por el Ministerio de Salud desde el año 2016.

3.7 Procesamiento y análisis de datos

El análisis estadístico se realizó con el Stata que es un paquete de software estadístico creado en 1985 por StataCorp. Stata permite, entre otras funcionalidades, la gestión de datos, el análisis estadístico, para realizar las pruebas estadísticas considerando que este es un estudio cuantitativo se usaron tablas de frecuencia y porcentaje comparándolas y correlacionándolas. Se utilizó la prueba de Chi Cuadrado.

3.8 Aspectos éticos

Para poder realizar este proyecto se consideraron los debidos principios éticos, respetándose la decisión de los participantes. La integridad, dignidad y bienestar de los encuestados de la investigación debe ser la prioridad en el estudio. Como punto inicial

se solicitó el consentimiento informado por parte la Dirección de la Institución, de la misma manera se consideró un consentimiento informado por parte del participante, respetando su libertad de elección de participar. Por otra parte, a fin de proteger la discreción de los participantes no se puso el nombre en la encuesta. Finalmente, se detalla que en el estudio no se realizó procedimiento que ponga en riesgo la salud de los participantes; considerando los principios bioéticos.

Capítulo IV.

Resultados y Discusión

4.1. Resultados

Tabla 4

Frecuencia del estado nutricional de los niños

Estado nutricional	Frecuencia	Percent	Cum.
Normal	46	42.5	42.5
Sobrepeso	2	1.9	1.9
Adelgazamiento	5	4.6	4.6
Déficit Talla	55	50.9	50.9
Total	108	100	

En la tabla 4, se muestra el porcentaje del estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años de la provincia de Acobamba. Donde el 55% presenta déficit de talla, el 46% se encuentra dentro de los parámetros normales, el 5% presenta adelgazamiento y el 2% sobrepeso. Haciendo un total del 100% (108).

Tabla 5

Influencia de la “buena alimentación” relacionada con el estado nutricional

Estado nutricional	Lactancia materna		Suplementación Vit. a		Suplementación MMC o chispita		Alimento distinto a lactancia materna		3 o más comidas espesas al día	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Normal	31.5	11.1	14.8	27.8	10.2	32.4	36.1	6.5	24.1	18.5
Sobrepeso	1.9	0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	1.9	0
Adelgazamiento	3.7	0.9	2.8	1.9	1.9	2.8	4.6	0	1.9	2.8
Déficit Talla	40.7	10.2	20.4	30.6	20.4	30.6	38	13	25.9	25
TOTAL	77.8	22.2	38.9	61.1	33.3	66.7	79.6	20.4	53.7	46.3

En la tabla 5, se evidencia la asociación entre la variable estado nutricional con los indicadores de la dimensión” Buena alimentación” del TDI. Encontrándose que; el 31.5% de niños menores de 5 años con estado nutricional (EN) normal indican haber recibido lactancia materna, mientras que, el 11.1% no. Por otro lado, se tiene un 40.7% de niños con déficit de talla (DT) que refieren haber recibido lactancia materna, sin embargo, existe un 10.2% que no.

Respecto a la suplementación con vit. A; el 14.8% de niños con diagnóstico (DX) normal del EN si recibieron la dosis, muy por el contrario, al 27.8% de niños que no, en tanto, existe un 20.4% de niños con DT que, si recibieron suplementación de vit A, caso distinto ocurrió en el 30.6% que indica no haberlo hecho.

En relación a la suplementación con MMC; el 10.2% de niños con DX normal del EN describen si recibir la dosis, caso contrario, al 32.4% de niños que no, así mismo, se tiene un 20.4% de niños con DT que, si recibieron suplementación con MMC, a diferencia del 30.6% que señala no haberlo hecho.

En cuanto a la alimentación distinta a la leche materna (LM); el 36.1% de niños con un EN normal afirman recibir alimentos distintos a la LM, y de manera inversa, se muestra un 6.5% de niños que afirman todo lo contrario, por otro lado, existe un 38% de niños con DT que, si consumen alimentos distintos a la LM, a comparación del 13% que relata no haberlo hecho.

Para el caso de las comidas espesas; el 24.1% de niños con DX normal del EN aseveran haber recibido entre 3 a más comidas espesas al día, mientras que, el 18.5% lo niega, del mismo modo, existe un 25.9% de niños con DT que reciben comidas espesas de 3 a más veces por día, en cambio el 25% responde no haberlo hecho.

Tabla 6*Relación entre la dimensión “buena alimentación” y el estado nutricional*

ESTADO NUTRICIONAL	P>t
Lactancia materna	0.767
Suplementación vit. A	0.706
Suplementación MMC o chispita	0.349
Alimento distinto a lactancia materna	0.026
Recibió 3 o más comidas espesas	0.049

En la tabla 6 se muestra la relación entre la buena alimentación y el estado nutricional, con la prueba estadística “Chi cuadrada de Pearson”. El valor de “P” de la mayoría de indicadores fue mayor al valor $\alpha = 0.05$ ($p > 0.05$), en consecuencia, no se encontró relación significativa. A excepción de los indicadores; “alimento distinto a la leche materna” ($P = 0.026$) y “tres o más comidas espesas al día” ($P = 0.049$), cuyos valores de “P” no superaron a los del nivel de significancia ($\alpha = 0.05$). Aceptándose las hipótesis alternas, afirmando que el estado nutricional del menor está influenciado por el consumo de alimentos distintos a la leche materna y el consumo de tres o más comidas espesas al día.

Tabla 7*Influencia de la “buena salud” relacionado con el estado nutricional*

Estado nutricional	Presento fiebre		Presento diarrea		Presento infección respiratoria	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	%	%	%	%	%	%
Normal	2,8	40	2,8	40	20	22,2
Sobrepeso	0	1,9	0	1,9	0,9	0,9
Adelgazamiento	0	4,6	0	4,6	0,9	3,7
Déficit Talla	4,6	46	6,5	44	20	30,6
TOTAL	7,4	93	9,3	91	43	57,4

En la tabla 7, se evidencia la asociación entre la variable estado nutricional con los indicadores de la dimensión “Buena salud” del TDI. Encontrándose que, el 2.8% de niños menores de 5 años con estado nutricional (EN) normal presentaron fiebre, mientras que, el 4.0% no. Por otro lado, se tiene un 4.6% de niños con déficit de talla (DT) que refieren haber presentado fiebre, sin embargo, existe un 46% que no.

Respecto a la presencia de diarrea, el 2.8% de niños con diagnóstico (DX) normal del EN si presentaron fiebre, muy por el contrario, al 4.0% de niños que no, en tanto, existe un 6.5% de niños con DT que presentaron diarrea, caso distinto ocurrió en el 44% que indica no haberlo presentado.

En relación a la presencia de infecciones respiratorias, el 20% de niños con DX normal del EN presentaron infecciones respiratorias, caso contrario, al 22.2% de niños que no, así mismo, se tiene un 20% de niños con DT que, si presentaron infecciones respiratorias, a diferencia del 30.6% que señala no haber presentado.

Tabla 8

Grado de relación entre la dimensión “buena salud” y el estado nutricional

Estado nutricional	P>t
Presentó fiebre	0.840
Presentó diarrea	0.591
Presentó infección respiratoria	0.625

En cuanto a la relación buena salud y el estado nutricional, la tabla 8 muestra la prueba estadística “Chi cuadrada de Pearson”, donde el valor de “P” ($P_1 = 0.840$, $P_2 = 0.591$, $P_3 = 0.625$) de todos los indicadores fue superior al valor $\alpha = 0.05$ ($P > 0.05$), en efecto no se encontró relación significativa. Aceptando las hipótesis nulas afirmando que el estado nutricional en el menor no estaría siendo influenciado por la presencia o ausencia de fiebre, diarrea e infecciones respiratorias.

Tabla 9

Influencia de la “buena atención” relacionado con el estado nutricional

Estado nutricional	Vacunas al día para su edad		Control cred según edad		Consejería nutricional		Muestra carnet cred	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	%	%	%	%	%	%	%	%
Normal	35,2	7,4	35	7,4	20	22	40,7	1,9
Sobrepeso	1,9	0	1,9	0	1,9	0	1,9	0
Adelgazamiento	4,6	0	4,6	0	3,7	0,9	4,6	0
Déficit Talla	44,4	6,5	44	6,5	30	21	48,1	2,8
TOTAL	86,1	14	86	14	56	44	95,4	4,6

En la tabla 9, se evidencia la asociación entre la variable estado nutricional con los indicadores de la dimensión “Buena atención” del TDI. Encontrándose que, el 35.2% de niños menores de 5 años con estado nutricional (EN) normal presentan las vacunas al día para su edad, mientras que, el 7.4% no. Por otro lado, se tiene un 44.4% de niños con déficit de talla (DT) que refieren presentar vacunas al día para su edad, sin embargo, existe un 6.5% que no.

Respecto al control CRED según la edad; el 35% de niños con diagnóstico (DX) normal del EN si presentan controles CRED según edad, muy por el contrario, al 7.4% de niños que no, en tanto, existe un 44% de niños con DT que, si presentaron controles CRED según edad, caso distinto ocurrió en el 6.5% quienes no lo presentan.

En relación a la consejería nutricional; el 20% de niños con DX normal del EN describen haber recibido consejería nutricional, caso contrario, al 22% de niños que no, así mismo, se tiene un 30% de niños con DT que, si recibieron consejería nutricional, a diferencia del 21% que señala no haberlo recibido.

En cuanto, a si presenta o no carnet de CRED; el 40.7% de niños con un EN normal si presentaron carnet CRED, y de manera inversa, se muestra un 1.9% de niños que afirman no haberlo presentado, por otro lado, existe un 48.1% de niños con DT que, si

contaban con carnet CRED a la mano, a comparación del 2.8% que relata no tenerlo a la mano.

Tabla 10

Grado de relación entre la “buena atención” y el estado nutricional

ESTADO NUTRICIONAL	P>t
Vacunas al día para su edad	0.645
Control CRED según edad	0.645
Consejería nutricional	0.253
Muestra carnet CRED	0.933

La tabla 10 muestra la relación entre los cuatro indicadores de la dimensión “buena atención” junto con el estado nutricional, con la prueba estadística “Chi cuadrada de Pearson”. El valor de “P” ($P_1 = 0.645$, $P_2 = 0.645$, $P_3 = 0.253$, $P_4 = 0.933$) de todos los indicadores superaron al valor $\alpha = 0.05$ ($P > 0.05$) no encontrándose relación significativa. Aceptando las hipótesis nulas, afirmando que tener las vacunas completas para la edad, tener el control CRED al día, recibir consejería nutricional y presentar el carnet CRED. No influyen de manera significativa en el estado nutricional del menor.

Tabla 11

Influencia de la “cuidadores preparados” con el estado nutricional

Estado nutricional	El padre estuvo con el niño el día anterior		La madre dio de comer al niño el día anterior		La persona a cargo fue el padre o la madre		La persona a cargo es mayor a 18 años		La persona a cargo, lee y escribe en castellano		La persona a cargo, asiste a sesión demostrativa de alimentos		La persona a cargo, recibe capacitación en estimulación temprana	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Normal	29,6	13	43	0	43	0	41,7	0,9	36,1	6,5	12	30,6	22,2	20,4
Sobrepeso	0,9	0,9	1,9	0	,9	0	1,9	0	0,9	0,9	0,9	0,9	0	1,9
Adelgazamiento	4,6	0	4,6	0	4,6	0	4,6	0	3,7	0,9	0,9	3,7	3,7	0,9
Déficit Talla	34,3	17	50	0,9	50	0,9	47,2	3,7	45,4	5,6	15,7	5,2	26,9	24,1
TOTAL	69,4	31	99	0,9	99	0,9	95,4	4,6	86,1	13,9	29,6	70,4	52,8	47,2

En la tabla 11, se evidencia la asociación entre la variable estado nutricional con los indicadores de la dimensión “Cuidadores preparados” del TDI. En la cual se encontró que, los padres del 29.6% de niños menores de 5 años con estado nutricional (EN) normal si se encontraban con el menor el día anterior a la toma de datos, mientras que, el 13% no. Asimismo, se tiene un 34.3% de niños con déficit de talla (DT) cuyos padres también se encontraban con el niño el día anterior, sin embargo, existe un 17% que no.

Respecto a si la madre dio de comer al niño el día anterior a la toma de datos, el 43% de niños con diagnostico (DX) normal del EN si recibieron alimento, de igual forma, al 50% de niños con DT que también recibieron alimento el día anterior, caso distinto ocurrió con el 0.9% que indica no haber recibido alimento por parte de la madre en el día anterior a la toma de encuesta.

En relación a si la persona a cargo del menor, el día anterior a la encuesta fue el padre o la madre. El 43% de niños con DX normal del EN respondieron que sí, así mismo, se tiene un 50% de niños con DT que también refieren lo mismo, a diferencia del 0.9% que manifiesto lo opuesto.

En cuanto a si la persona a cargo del menor es mayor a 18 años, el 41.7% de niños con un EN normal son cuidados por una persona mayor a 18 años, y de manera inversa, se muestra un 0.9% de niños que afirman todo lo contrario, por otro lado, existe un 47.2% de niños con DT que, si son cuidados por una persona mayor de edad, a comparación del 3.7% que revela lo contrario.

Con respecto a, si la persona a cargo del menor lee y escribe en castellano, el 36.1% de niños con DX normal del EN son cuidados por personas que leen y escriben en castellano, mientras que, el 6.5% no, a su vez, existe un 45.4% de niños con DT cuyo cuidador(a) lee y escribe en castellano, en cambio el 5.6% respondió que no.

En relación a, si la persona a cargo del menor asiste a las sesiones demostrativas realizados por los puestos de salud. Los cuidadores del 12% de niños con DX normal del EN si asisten a las sesiones demostrativas, caso contrario, al 30.6% de niños que no, así mismo, ocurre con los cuidadores del 15.7% de niños con DT que, afirman haber asistido a las sesiones, a diferencia del 35.2% que señala no haberlo hecho.

Finalmente, en cuanto a si la persona a cargo del menor recibe capacitación en estimulación temprana (ET). Se evidencia que los cuidadores del 22.2% de niños con un EN normal afirman asistir a las capacitaciones de ET, y de manera inversa, los cuidadores del 20.4% de niños que afirman todo lo contrario, por otro lado, las personas a cargo del 26.9% de niños con DT afirmaron su asistencia, a comparación del 24.1% que relata no haberlo hecho.

Tabla 12

Grado de relación entre la “cuidadores preparados” y el estado nutricional

Estado nutricional	P>t
El padre estuvo con el niño el día anterior	0.444
La madre dio de comer al niño el día anterior	0.010
La persona a cargo del niño el día anterior fue el padre o la madre	0.808
La persona a cargo del niño el día anterior es mayor a 18 años	0.607
La persona que cuida al niño, lee y escribe en castellano	0.421
La persona a cargo del niño, asiste a sesión demostrativa de alimentos	0.872
La persona a cargo del niño, recibe capacitación en estimulación temprana	0.292

La tabla 12 muestra la correlación entre los siete indicadores de la dimensión “cuidadores preparados” con el estado nutricional, con la prueba estadística “Chi cuadrada de Pearson”. El valor de “P” de la mayoría de indicadores fue mayor al valor $\alpha= 0.05$ ($p>0.05$), en consecuencia, no se encontró relación significativa. A excepción del indicador “la madre dio de comer al niño el día anterior” ($P=0.010$), siendo el valor “P” inferior al nivel de significancia ($\alpha= 0.05$). Aceptándose la hipótesis alterna,

afirmando que el hecho de que la madre le dé de comer al niño, estaría influenciado en el estado nutricional del menor.

Tabla 13

Influencia de la “vivienda saludable” relacionado con el estado nutricional

Estado nutricional	Consumo de agua segura		Acceso a desagüe en red o letrina		Presencia de cocina mejorada		Peleas en el hogar el día anterior		Vivienda de material precario		Presencia de 3 o más miembros en casa	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Normal	25	18	24	19	32	10	0	43	37	5,6	14,8	27,8
Sobrepeso	0,9	0,9	0,9	0,9	1,9	0	0	1,9	1,9	0	0,9	0,9
Adelgazamiento	3,7	0,9	3,7	0,9	4,6	0	0,9	3,7	4,6	0	1,9	2,8
Déficit Talla	36,1	15	30	21	44	7,4	0,9	50	44,4	6,5	25,9	25
TOTAL	65,7	34	58	42	82	18	1,9	98	88	12	43,5	56,5

En la tabla 13 se evidencia la asociación entre la variable estado nutricional con los indicadores de la dimensión “Vivienda saludable” del TDI. Encontrándose que, el 25% de niños menores de 5 años con estado nutricional (EN) normal consumen agua segura, mientras que, el 18% no lo hace. Por otro lado, se evidenció que, un 36.1% de niños con déficit de talla (DT) refieren tener un consumo de agua segura, sin embargo, existe un 15% que no lo tiene.

Respecto al acceso a desagüe en red o letrina, el 24% de niños con diagnóstico (DX) normal del EN tienen acceso a desagüe en red, muy por el contrario, al 19% de niños que refieren no tener, en tanto, existe un 30% de niños con DT que, si cuentan con acceso a desagüe en red, caso distinto ocurrió en el 21% de menores en cuyas familias no presentan este servicio.

En relación a la presencia de cocina mejorada, las familias del 32% de niños con DX normal del EN tienen cocina mejorada, caso contrario, a las familias del 10% de

niños que no. asimismo, se tiene un 44% de niños con DT que, cuyas familias si cuentan con cocinas mejoradas, a diferencia del 7.4% que señalan lo opuesto.

En cuanto a la presencia de peleas en el hogar el día anterior a la toma de datos, el 43% de niños con un EN normal, no tienen peleas en el hogar, pero, un 0.9% de niños con DT que afirmaron tener conflictos, a comparación del 50% que manifiesta lo contrario.

Con respecto a si se presenta vivienda de material precario, las viviendas del 37% de niños con DX normal del EN son de material precario, mientras que del 5.6% las viviendas son de material no precario (material noble, etc.). A su vez, las viviendas del 44.4% de niños con DT revelan tener viviendas de material precario, en cambio el 6.5% afirmó lo contrario.

Finalmente, en cuanto a la presencia de 3 o más miembros viviendo en la misma casa del menor, 14.8% de niños con un EN normal, viven con más de 3 personas, 27.8% de niños que afirmaron todo lo contrario. Por otro lado, en los hogares del 25.9% de niños con DT afirmaron vivir más de 3 personas en la vivienda, a comparación del 25% que relató lo opuesto.

Tabla 14

Relación entre la “vivienda saludable” y el estado nutricional

Estado nutricional	P>t
Consumo de agua segura	0.505
Acceso a desagüe en red o letrina	0.781
Presencia de cocina mejorada o cuarto separado	0.374
Presencia de peleas en el hogar el día anterior	0.019
Vivienda de material precario	0.795
Presencia de 3 o más miembros que vivan en la casa	0.439

Por otro lado, al realizar la correlación con los seis indicadores de la dimensión “vivienda saludable” junto al estado nutricional, con la prueba estadística “Chi cuadrada

de Pearson”. El valor de “P” de la mayoría de indicadores superaba en gran medida al valor $\alpha = 0.05$ ($p > 0.05$), no encontrándose relación significativa. A excepción del indicador “presencia de peleas en el hogar el día anterior” ($P = 0.019$), siendo el valor de “P” menor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$). por lo tanto, se acepta que el estado nutricional del menor puede ser influenciado por la presencia de peleas en el hogar.

Tabla 15

Influencia de la “comunidad saludable” relacionado con el estado nutricional

Estado nutricional	Niño con seguro de salud		Madre con seguro de salud		Niño con número de identificación		Jefe de familia del niño cuenta con DNI		Jefe de familia recibe dinero donado		Jefe de familia con educación primaria o completa		Jefe de familia con más de tres dependientes		Educación temprana en la comunidad	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Normal	38	4,6	39	3,7	39	3,7	41,7	0,9	13,9	28,7	35,2	7,4	14,8	27,8	27,8	14,8
Sobrepeso	1,9	0	1,9	0	1,9	0	1,9	0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,9	0
Adelgazamiento	4,6	0	4,6	0	4,6	0	4,6	0	3,7	0,9	4,6	0	2,8	1,9	4,6	0
Déficit Talla	44,4	6,5	46	4,6	47	3,7	50,9	0	14,8	36,1	34,3	16,7	14,8	36,1	40,7	10,2
TOTAL	88,9	11	92	8,3	93	7,4	99,1	0,9	33,3	66,7	75	25	33,3	66,7	75	25

En la tabla 15, se evidencia la asociación entre la variable estado nutricional con los indicadores de la dimensión “Comunidad saludable” del TDI. En la cual, el 38% de niños menores de 5 años con estado nutricional (EN), tienen seguro de salud (SIS u otro), mientras que, el 4.6% no cuentan. De igual modo, el 44.4% de niños con déficit de talla (DT) cuentan con seguro, sin embargo, un 6.5% no tienen.

Respecto a si la madre cuenta con seguro de salud (SIS u otro); las madres del 39% de niños con diagnostico (DX) normal del EN cuentan con seguro de salud, a diferencia de las madres del 3.7% de niños que manifiestan con contar con algún tipo de seguro de salud, por otra parte, las madres del 46% de niños con DT refieren tener seguro de salud, caso distinto ocurrió en el 4.6% quienes no lo presentan.

En relación a si el niño cuenta con número de identificación (CUI), el 39% de niños con diagnostico (DX) normal del EN si cuenta con un CUI, muy por el contrario,

al 3.7% de niños que no, en tanto, existe un 47% de niños con DT que afirman contar con un CUI, caso distinto ocurrió en el 3.7% quienes no tienen aún su registro CUI.

En el caso si el jefe de familia del niño cuenta con DNI. El jefe de familia del 41.7% de niños con un EN normal si cuentan con DNI, muy diferente, al jefe de familia del 0.9% de niños afirmaron todo lo contrario, por otro lado, el jefe de familia de 50.9% de niños con DT si cuentan con DNI.

Con respecto a si el jefe de familia recibe dinero donado. El jefe de familia del 13.9% de niños con DX normal del EN afirma recibir dinero donado, mientras que, el 28.7% no; a su vez, el jefe de hogar del 14.8% de niños con DT si reciben dinero donado, en cambio el jefe de familia del 36.1% no.

En relación a si el jefe de familia tiene educación primaria completa (EPC), se encontró que, el 35.2% de niños con DX normal del EN si cuentan con EPC, caso contrario, al 7.4% de niños cuyos jefes de hogar no. Asimismo, ocurre con el jefe de familia del 34.3% de niños con DT que, afirman tener EPC, a diferencia del 16.7% que señala no haberlo hecho.

En cuanto a si el jefe de familia tiene más de tres dependientes, se evidenció que el jefe de familia del 14.8% de niños con un EN normal tienen más de tres dependientes, y de manera inversa, al jefe de familia, el 27.8% de niños que afirman todo lo contrario. Por otro lado, el jefe de familia del 14.8% de niños con DT afirmaron tener más de tres dependientes, en comparación del 36.1% que relata lo contrario.

Finalmente, con respecto a la recepción de capacitación en educación temprana (ET) para la comunidad. La comunidad del 27.8% de niños con un EN normal afirman haber tenido capacitación en ET, y de manera inversa, a la comunidad del 14.8% de niños que afirman todo lo contrario. Por otro lado, el 40.7% de niños con DT

confirmaron recibir capacitaciones en ET, a comparación de la comunidad de un 10.2% que relata no haberlo recibido.

Tabla 16

Relación entre la “vivienda saludable” y el estado nutricional

Estado nutricional	P>t
Niño con seguro de salud (SIS u otro)	0.796
Madre con seguro de salud (SIS u otro)	0.877
Niño con número de identificación (CUI)	0.880
Jefe de familia del niño cuenta con DNI	0.715
Jefe de familia recibe dinero donado	0.132
Jefe de familia con educación primaria completa	0.138

La tabla muestra la correlación entre los ocho indicadores de la dimensión “vivienda saludable” junto al estado nutricional, con ayuda de la prueba estadística “Chi cuadrada de Pearson”. En la cual se evidencia que, el valor de “P” (P1=0.796, P2=0.877, P3=0.880, P4=0.715, P5=0.132, P6=0.138, P7=0.505, P8=0.144) de todos los indicadores superaron al valor $\alpha=0.05$ ($P>0.05$), en efecto, no se encontró relación significativa y se acepta las hipótesis nulas, es decir, el hecho de que el niño y la madre cuenten con seguro de salud, o que el niño cuente con su código único de identificación (CUI), o en tal caso si el jefe de familia tiene DNI o haya recibido dinero donado (JUNTOS u otro) o que tenga estudios de primaria completa o la responsabilidad de sostener a más de tres dependientes, no estaría influyen de manera significativa en el estado nutricional del menor y de igual forma el que haya sesiones de educación temprana en la comunidad.

4.2. Discusión

La lactancia materna es considerada un fluido vivo importante, el cual le proporciona protección e información inmunológica al lactante en los primeros seis meses de vida (MINSA 2015), no obstante, a medida que el niño crece este va

necesitando un mayor aporte de nutrientes donde la leche materna no es suficiente. Estamos hablando de la etapa de ablactancia, etapa en la cual se empieza a dar a los lactantes alimentos complementarios muy aparte de la leche materna (OMS). Es por ello que, al correlacionar la variable estado nutricional con lactancia materna, el “P” valor obtenido supera el valor $\alpha=0.05$, no existiendo relación alguna. Es decir, que los niños que formaron parte de la muestra, en su mayoría tenían edades superiores a los 6 meses. Por tanto, la leche materna no estaría influyendo en el estado nutricional de los menores, ya que se refleja en el 40.7% de niños que reciben lactancia materna y a su vez presentan déficit de talla equivalente a desnutrición crónica.

Esto tiene sentido, ya que, se encontró relación estadística ($P < \alpha=0.05$) entre el estado nutricional con el consumo de alimentos distintos a la lactancia materna y el consumo de 3 o más comidas espesas al día, confirmando que la dieta del niño es un factor predisponente del estado nutricional, ya sea para bien o para mal. Así lo demuestra la tesis de (Ordoñez, 2017), quién evidenció que un consumo medio de vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos y grasas es predominante en los menores de 5 años. Sin embargo, el buen balanceo de la alimentación del menor puede ser perjudicado al no emplear las medidas de higiene y esterilización adecuada, ocasionando la prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas promoviendo desnutrición (INEI).

Por otra parte, la suplementación con vitamina A y chispitas, son una medida preventiva que toma el MINSA y MIMDES para evitar deficiencia de micronutrientes. Ya que es sabido que, la vitamina A es esencial para el funcionamiento eficaz del sistema inmune y su deficiencia incrementaría el riesgo de mortalidad e infecciones en niños, en igual sentido una deficiencia de hierro puede alterar el crecimiento y disminuir la inmunidad (MIDIS). Frente a esto, surge la preocupación en base a los resultados

obtenidos en la presente investigación, donde un grupo de niños (30.6%) no reciben ambos suplementos (vitamina A y chispitas), presentando desnutrición (déficit de talla). Principalmente se debe a que, en la provincia de Acobamba, los padres no suelen llevar a sus pequeños a los controles programados por tener preconceptos negativos referente a las entregas que se dan en el hospital, ya que tienen la creencia de ocasionarles un daño, dificultando el seguimiento por falta de cooperación por parte de los padres y la comunidad.

La fiebre es una reacción corporal desencadenada por agentes infecciosos (virus, bacterias, hongos, parásitos) u otros procesos inflamatorios. Ayuda al cuerpo a combatir las infecciones estimulando los mecanismos de defensa naturales. La mayoría de las fiebres son causadas por infecciones como ocurre en EDAS e IRAS. La diarrea es un problema muy común en los niños. Consiste en deposiciones frecuentes o líquidas que son diferentes a las condiciones normales en los niños. En particular, la diarrea afecta el estado nutricional al reducir el apetito, reducir la absorción de nutrientes y aumentar el consumo de alimentos. En los países en desarrollo como el Perú, la diarrea concurrente es común. Puesto que se estima que el 90% de la diarrea infantil se debe a un saneamiento deficiente, falta de acceso a agua potable y una higiene personal insuficiente (MIDIS 2013). Sin embargo, al analizar los datos de la investigación, el 46% y 44% de niños que no presentaron fiebre y diarrea respectivamente si presentaron déficit en la talla. No mostrando relación estadística ($P > \alpha = 0.05$).

Lo mismo ocurrió con la presencia de infecciones respiratorias, donde el 30.6% de niños que no han padecido últimamente infecciones de las vías respiratorias se encontraban con déficit de talla ($P > \alpha = 0.05$). Esta ausencia de relación entre variables es de asombrar, ya que se sabe que la infección respiratoria aguda (IRA) suele ser una de las principales causas de muerte en los niños (Perú Encuesta Demográfica), Dando a

entender que son otros los factores causantes del déficit de talla en la población infantil de Huancavelica, descartando a la IRAS y EDAS. O que haya sesgo en la veracidad de las respuestas dadas por los encuestados.

Se estima que, a escala mundial la inmunización puede prevenir casi tres millones de muertes infantiles cada año. Aunque la inmunización cubre casi todo el mundo (80%), lograr una cobertura total sigue siendo un desafío (MINSA, 2016). Por ello, desde los primeros meses de vida hasta el segundo año de vida, los niños y niñas deben acudir regularmente a instituciones médicas para recibir tratamiento y ser atendidos durante el crecimiento y desarrollo y vacunarse según el cronograma (Chuñir y Gaibor, 2015). Sin obviar que los padres puedan recibir orientación nutricional. Sin embargo, en los resultados obtenidos de la investigación no se evidenció relación significativa entre un estado nutricional y el contar con la presencia de vacunas, control CRED y consejería nutricional. Dando a entender que a pesar de contar o cumplir con estos aspectos no se estaría influyendo en el mantenimiento de un óptimo estado de salud. Situación opuesta en la tesis de (Bonifaz, 2015) cuyos resultados evidenció que, el tener controles CRED según la edad influye en el estado nutricional previniendo déficit de talla, encontrándose un porcentaje satisfactorio de 92% contribuyendo a una oportuna detección de riesgos o trastornos en niños.

Los niños pequeños dependen de un buen cuidado para la salud y nutrición, ya que dependen casi por completo de los demás para alimentarse, y estén bien nutridos. Sin embargo, en la investigación se evidenció que la presencia del padre días antes de la toma de datos, los cuidados de los padres, o el hecho de que los encargados al cuidado del menor sean mayores a 18 años, o que, si saben leer y escribir, o si asisten a las sesiones demostrativas de alimentos o si reciben capacitación en estimulación temprana. No estarían influyendo en el estado nutricional, ya que, sus valores de “P” son mayores

al nivel de significancia ($\alpha=0.05$). No obstante, si se evidenció relación estadística entre el estado nutricional y el ser alimentado por la madre ($P < \alpha=0.05$). Puesto que, 43% de niños que fueron alimentados por sus madres presentan un estado nutricional normal. Estos resultados demuestran que, es probable que los padres no les estarían dedicando tiempo suficiente a los menores, y a su vez que las sesiones y capacitaciones organizadas por el centro de salud, no están siendo fructíferas sin olvidar que falta más sensibilización y empoderamiento tanto en padres como a los encargados de cuidar a los infantes.

El agua, el saneamiento y la higiene personal están estrechamente relacionados con la desnutrición infantil. El acceso insuficiente a agua potable, servicios de saneamiento adecuados y un saneamiento deficiente son las principales causas de infecciones gastrointestinales repetidas, que reducen la absorción de nutrientes y conducen a la desnutrición (MINSA, 2013). Sin embargo, según los datos de la presente investigación a pesar de contar con servicios de agua y desagüe y tener un consumo de agua segura, una buena cantidad de niños permanecen con déficit de talla. Dichos resultados se asemejan a los de (Bonifaz, 2015), en cuya tesis afirma que el desagüe en red o letrina en la vivienda no influye en el estado nutricional. Entonces estos factores tampoco estarían influyendo en la presencia de desnutrición crónica, así lo confirman ambas investigaciones. Muy diferente a la presencia de peleas en el hogar donde si se encontró relación estadística, lo cual es curioso ya que el según el reporte de la PNP en el distrito de Acobamba se muestran casos de violencia familiar, siendo tres casos diarios de algún tipo de agresión, contra algún integrante del grupo familiar. Por lo que, se podría sospechar de falsedad en a información brindada por parte de los encuestados.

Finalmente, el tener una comunidad saludable no estaría influyendo significativamente en estado nutricional de los menores del Distrito de Acobamba, ya

que, a pesar de que la madre y el niño cuenten con SIS, o en su defecto el niño cuente con su CUI o si el jefe de familia tenga DNI o reciba dinero donado o si tenga estudios de nivel primario completa o que tenga más de tres dependientes o que la comunidad haya recibido educación temprana. El estado nutricional seguiría siendo inadecuado. Dicho fenómeno se asemeja al de la tesis de (Soria y Vaca, 2016), en el cual concluye que, todos los indicadores de la dimensión “comunidad saludable” del TDI no influiría en el estado nutricional. Estos resultados reflejan que, el trabajo multisectorial no estaría siendo eficiente, ya que, ambas realidades no se evidencia relación. Es sabido que estos indicadores no son causales directas de un buen o mal estado nutricional, sin embargo, si juegan un rol importante, ya que, al contar con SIS, permite que las personas con bajos recursos puedan tener acceso a una atención de salud.

Capítulo V:

Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

Después de interpretar de los resultados pertinentes, se llegó a las siguientes conclusiones:

Primera. Al realizar la correlación con los cinco indicadores de la dimensión “buena alimentación”, junto al estado nutricional, con la prueba estadística “Chi cuadrada de Pearson”. El valor de “P” de la mayoría de indicadores fue mayor al valor $\alpha = 0.05$ ($p > 0.05$), no encontrándose relación significativa, a excepción de los indicadores; “alimento distinto a la leche materna” ($P = 0.026$) y “tres o más comidas espesas al día” ($P = 0.049$), cuyos valores de “P” no superaron a los del nivel de significancia ($\alpha = 0.05$). por lo tanto, se aceptó las hipótesis alternas, afirmando que el estado nutricional del menor está influenciado por el consumo de alimentos distintos a la leche materna y el consumo de tres o más comidas espesas al día.

Segunda. Al realizar la correlación con los tres indicadores de la dimensión “buena salud” junto al estado nutricional, con la prueba estadística “Chi cuadrada de Pearson”. El valor de “P” ($P_1 = 0.840$, $P_2 = 0.591$, $P_3 = 0.625$) de todos los indicadores fue superior al valor $\alpha = 0.05$ ($P > 0.05$) no encontrándose relación significativa. Por lo tanto, se acepta las hipótesis nulas, afirmando que, el estado nutricional en el menor no estaría siendo influenciado por la presencia o ausencia de fiebre, diarrea e infecciones respiratorias.

Tercera. Al realizar la correlación con los cuatro indicadores de la dimensión “buena atención” junto al estado nutricional, con la prueba estadística “Chi cuadrada de Pearson”. El valor de “P” ($P_1 = 0.645$, $P_2 = 0.645$, $P_3 = 0.253$, $P_4 = 0.933$) de todos los indicadores superaron al valor $\alpha = 0.05$ ($P > 0.05$) no encontrándose relación significativa.

Por lo tanto, se acepta las hipótesis nulas, afirmando que tener las vacunas completas para la edad, tener el control CRED al día, recibir consejería nutricional y presentar el carnet CRED. No influyen de manera significativa en el estado nutricional del menor.

Cuarta. Al realizar la correlación con los siete indicadores de la dimensión “cuidadores preparados” junto al estado nutricional, con la prueba estadística “Chi cuadrada de Pearson”. El valor de “P” de la mayoría de indicadores fue mayor al valor $\alpha = 0.05$ ($p > 0.05$) no encontrándose relación significativa. A excepción del indicador “la madre dio de comer al niño el día anterior” ($P = 0.010$), siendo el valor “P” inferior al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$). Por lo que se acepta la hipótesis alterna, afirmando que el hecho de que la madre le dé de comer al niño, estaría influenciado en el estado nutricional del menor.

Quinta. al realizar la correlación con los seis indicadores de la dimensión “vivienda saludable” junto al estado nutricional, con la prueba estadística “Chi cuadrada de Pearson”. El valor de “P” de la mayoría de indicadores superaba en gran medida al valor $\alpha = 0.05$ ($p > 0.05$) no encontrándose relación significativa. A excepción del indicador “presencia de peleas en el hogar el día anterior” ($P = 0.019$), siendo el valor de “P” menor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$). Por lo que se acepta la hipótesis alterna, afirmando que el estado nutricional del menor puede ser influenciado por la presencia de peleas en el hogar.

Sexta. Al realizar la correlación con los ocho indicadores de la dimensión “vivienda saludable” junto al estado nutricional, con ayuda de la prueba estadística “Chi cuadrada de Pearson”. El valor de “P” ($P_1 = 0.796$, $P_2 = 0.877$, $P_3 = 0.880$, $P_4 = 0.715$, $P_5 = 0.132$, $P_6 = 0.138$, $P_7 = 0.505$, $P_8 = 0.144$) de todos los indicadores superaron al valor $\alpha = 0.05$ ($P > 0.05$) no encontrándose relación significativa. Por lo que se acepta las hipótesis nulas, es decir, el hecho de que el niño y la madre cuenten con seguro de salud, o que el

niño cuente con su código único de identificación (CUI), o en tal caso si el jefe de familia tiene DNI o haya recibido dinero donado (JUNTOS u otro) o que tenga estudios de primaria completa o la responsabilidad de sostener a más de tres dependientes. No estaría influyendo de manera significativa en el estado nutricional del menor, de igual forma el que haya sesiones de educación temprana en la comunidad.

5.2. Recomendaciones

- Para la evaluación del estado nutricional en el presente proyecto de investigación se recomienda el uso de tallímetro estandarizado, balanza estandarizada y pruebas bioquímicas con la finalidad de tener datos y verídicos.
- A la Dirección Regional de Salud Huancavelica, de manera específica al personal profesional del área niño, niña, se recomienda que el presente estudio debe ser parte de una estrategia, para reforzar el primer nivel de atención, promoviendo capacitaciones frecuentes y efectuando actividades que permitan prometer información acerca de los hábitos adecuados para un buen estado nutricional de los niños.
- A la escuela profesional de Nutrición Humana, incentivar en los alumnos la realización de investigaciones sobre el desarrollo y estado de nutricional del niño/niña que ayuden a identificar indicadores para la detección temprana del riesgo de desnutrición a nivel provincial y distrital y con esto promover estrategias para mejorar el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años.
- A la comunidad, concienciar a los cuidadores de los niños y niñas en cuanto a lo fundamental de acudir a sus controles CRED mensualmente, ya que con esto asimilan los conocimientos sobre los cuidados del niño y de cómo mantener un buen estado nutricional, evitando así el riesgo de desnutrición crónica.

- Asimismo, se sugiere a los sectores públicos y actores sociales, que puedan tomar en cuenta los resultados obtenidos en el presente trabajo, para crear políticas públicas que tengan por objetivo bajar los índices de desnutrición crónica en los niños menores de 5 años que viene siendo la población más vulnerable.
- A la INS/CENAN, realizar la modificación de la TDI adaptándose a la realidad de cada departamento, teniendo en cuenta que solo 4 de 33 indicadores tienen relación directa en el estado nutricional del niño/niña menor de 5 años, al tener la TDI reestructurado ayudara a disminuir los porcentajes de la desnutrición crónica en niños/niñas. que viene siendo la población más vulnerable.

Referencias

Alcazar, I., Ocampo, D., Huaman, L., & Aparco, J. (2013). Impacto económico de la desnutrición crónica, aguda y global en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 30(4), 569-74.

Arrunátegui, V. (2016). Estado nutricional en niños menores de 5 años del distrito de San Marcos, Ancash, Perú. *Rev. chil. nutr.*, 43(2), 755-758. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182016000200007

Editorial. (2011, p.133). Vivienda saludable: un espacio de salud pública. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50(2), 132. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v50n2/hie01212.pdf>

Flores, J., Calderón, J., Rojas, B., Alarcón, E., & Gutierrez, C. (Abril-junio de 2015). Desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años de hogares indígenas del Perú – Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. *An. Fac. med*, 76(2).

Fondo para el logro de los ODM. (Julio de 2010). *Evaluación del estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años de las familias participantes del Programa Conjunto*. Obtenido de http://www.mdgfund.org/sites/default/files/ISAN_CASO%20DE%20ESTUDIO_Guate_Evaluacion%20Estado%20Nutricional%20Menores%205%20Anos%20Tonicapan.pdf

Ghisaya, M., Suarez, M., Lastre, G., & Fuentes, Y. (2018). Estado nutricional de niños menores de cinco años en el caribe colombiano. *Ciencia e innovación en Salud*, 1-13. doi:DOI 10.17081/innosa. 62

Gordon , T. (2002, p.3). *Todo lo que un padres debe saber*. Obtenido de <http://www.gordontrainingmexico.com/pdf/lo%20que%20todo%20padre%20debe%20saber.pdf>

Hernández, A., & Tapia, E. (2017). Desnutrición crónica en menores de cinco años en Perú: análisis espacial de información nutricional, 2010-2016. *Rev Esp Salud Pública.*, 1-11. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/170/17049838032.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2011). Obtenido de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2011 Informe principal. Lima: INEI.

Janna, N., & Hanna, M. (2016). Desnutrición en la población infantil de 6 meses a 5 años en Ayapel. *Rev. Colomb. Enferm*, 25-31. Obtenido de <file:///D:/USUARIO/Downloads/Dialnet-DesnutricionEnLaPoblacionInfantilDe6MesesA5AnosEnA-6547220.pdf>

La Fuente, K., Rodriguez, S., & Fontaina, V. (2016). Prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Tacopaya, primer semestre gestión 2014. *Gac Med Bol*, 31(1), 26-29. Obtenido de <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v39n1/v39n1a6.pdf>

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2019). *Reporte Regional de Indicadores sociales del departamento de Huancavelica*. Perú: INFOMIDIS. Obtenido de <http://sdv.midis.gob.pe/redinforma/Temp/HUANCAVELICA.pdf>

Ministerio de Sald del Perú. (2017). Documento Técnico Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil 2017-2021. Lima Perú: Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>

Ministerio de Salud. (2014). Documento técnico Tecnología Decisiones Informadas TDI. Lima-Perú.

Ministerio de Salud Perú. (2011). Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de. Lima Perú: Dirección General de Salud de las Personas.

Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Salud. (2008). Guía de aplicación del instrumento para el monitoreo distrital de indicadores nutricionales- Tecnología de Decisiones Informadas (TDI). Lima Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Obtenido de <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/bibliodig/decinf/ggip3gainstmd.pdf>

Municipalidad Provincial Acobamba. (2018). Levantamiento de la Línea de Base de los determinantes sociales y de salud bajo la Tecnología de Decisiones. Distrito de Acobamba. Acobamba: Sub Gerencia de Desarrollo Humano y servicios públicos.

Ochoa, H., García, E., Flores, E., García, R., & Solís, R. (2017). Evaluación del estado nutricional en menores de 5 años: concordancia entre índices antropométricos en población indígena de Chiapas (México). *Nutr. Hosp*, 34(4), 820-826. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017000400010

Organización Mundial de la Salud. (16 de Febrero de 2018). *Datos y cifras*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

Organización Mundial de la Salud. (9 de Noviembre de 2019). Obtenido de El estado físico: uso e interpretación de la antropometría: https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/

Organización Mundial de la Salud. (30 de Setiembre de 2019). *Salud del Niño: Temas de salud*. Obtenido de https://www.who.int/topics/child_health/es/

Organización Mundial de la Salud/UNICEF. (20 de Marzo de 2013). *El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad*. Obtenido de

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78590/9789243504063_spa.pdf;jsessionid=26C70C51AD293D7A915C41F949ECB436?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud. (24 de Mayo de 2012). *Desnutrición crónica disminuyó en niñas y niños menores de 5 años de edad*. Obtenido de https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1766:desnutricion-cronica-disminuyo-ninas-ninos-menores-5-anos-edad&Itemid=900

Sanchez, J. (2012). Evolución de la desnutrición crónica en menores de cinco años en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* , 1-5. Obtenido de <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/377/2496>

Sobrino, M., Gutierrez, C., Cunha, A., Dávila, M., & Alarcón, J. (2014). Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. *Revista Panamericana de Salud*, 35(2), 104–12. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n2/104-112/>

Suverzza, F. (2010 (p. 29.)). *Antropometría y composición corporal*. En: *El ABCD de la Evaluación del Estado de Nutrición* (1° Reimpresión ed.). Mexico: Mc Graw Hill.


UNICEF. (2014). Obtenido de Desnutrición Infantil: https://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm

Anexos

Anexo 1 - Matriz de instrumentos

Titulo	Variables	Dimensiones	Indicadores	Fuente de información	Instrumento autor y año
Influencia de las dimensiones del programa tecnología de decisiones informadas sobre el estado nutricional en niños/niñas menores de 5 años, provincia Acobamba Huancavelica 2020	VI: Influencia de las dimensiones del programa Tecnología de Decisiones Informadas	Buena alimentación	Lactancia Materna Suplementación con hierro o MMC o Chispita Suplementación VA Alimentación distinta a la leche Recibe tres comidas espesas Fiebre	Cuestionario	MINSA 2019
		Buena salud	Diarrea Tos, dolor de garganta, gripe Vacunas al día según edad Ultimo control según edad		
		Buena de atención	Consejería nutricional ultimo Atención en servicios de salud Muestra carnet de atención Padre estuvo con niño ayer Madre dio de comer al niño Persona que cuidó fue padre o madre		
		Cuidadores preparados	Cuidador fue mayor de 18 años Asistió a sesión demostrativa sobre alimentos Capacitación en estimulación temprana Recibió consejería en planificación familiar Agua segura Desagüe en red o letrina adecuada Cocina mejorada en cuarto separado Animales de consumo sueltos en el hogar		
		Vivienda saludable	Material de vivienda precaria Más de 3 personas por habitación Día anterior peleas en el hogar Familiar ebrio día anterior Niño con SIS Madre con SIS Niño con número de identificación Jefe de familia con DNI Jefe de familia con primaria completa		
		Comunidad saludable	Con más de 3 dependientes Recibe alimentos donados Recibe dinero de programa Juntos Participa en proyecto productivo Mes pasado niño recibe estimulación temprana Visitado por vigilancia comunal Existencia de PRONOEI, SET Accesibilidad al hospital más cercano Producción algún alimento		
	VD: Estado Nutricional	Talla/Edad	> + 2 > 2 a – 2 > 2 a – 3	Ficha Antropométrica	(Ministerio de salud, 2016)

Anexo 2 - Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Método	Estadística
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la influencia de las dimensiones del programa Tecnología de Decisiones Informadas sobre el estado nutricional en niños/niñas menores de 5 años, provincia Acobamba Huancavelica 2020? <p>Problema Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la relación entre la buena alimentación con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años? ¿Cuál es la relación entre la buena salud con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años? ¿Cuál es la relación entre la buena atención con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años? ¿Cuál es la relación entre los cuidadores preparados con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años? ¿Cuál es la relación entre la vivienda saludable con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años? ¿Cuál es la relación entre la comunidad saludable con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años? 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la influencia de las dimensiones del programa Tecnología de Decisiones Informadas sobre el estado nutricional en niños/niñas menores de 5 años, provincia Acobamba Huancavelica 2020 <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Relacionar la dimensión buena alimentación con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años. Relacionar la dimensión buena salud con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años. Relacionar la dimensión buena atención con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años. Relacionar la dimensión cuidadores preparados con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años. Relacionar la dimensión vivienda saludable con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años. Relacionar la dimensión comunidad saludable con el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años. 	<ul style="list-style-type: none"> H1: Existe relación entre la buena alimentación y el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años. <p>Hipótesis específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> H2: Existe relación entre la buena salud y el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años. H3: Existe relación entre la buena atención y el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años. H4: Existe relación entre los cuidadores preparados y el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años. H5: Existe relación entre la vivienda saludable y el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años. H6: Existe relación entre la comunidad saludable y el estado nutricional en los niños y niñas menores de 5 años. 	<p>VI:</p> <p>Influencia de las dimensiones del programa Tecnología de Decisiones Informadas: Se evaluó mediante el cuestionario aplicado en la Implementación de la Tecnología de Decisiones Informadas aplicada en el Distrito de Acobamba en el año 2020.</p> <p>VD:</p> <p>Estado Nutricional: Se evaluará mediante T/E; utilizando la clasificación del estado nutricional en niñas y niños menores de 5 años (Ministerio de salud, 2016)</p>	<p>Buena alimentación</p> <p>Buena salud</p> <p>Buena atención</p> <p>Cuidadores preparados</p> <p>Vivienda saludable</p> <p>Comunidad saludable</p> <p>Talla/Edad</p>	<p>Tipo de investigación: Cuantitativa, no experimental</p> <p>Método de investigación: Descriptivo-Correlacional</p> <p>Diseño de investigación:</p> <p>M: Muestra X: VI Y: VD R: Relación</p>  <p>Población: 180 niños Muestra: 108 niños menores de 5 años.</p>	<p>Stata software estadístico creado en 1985</p>

Anexo 3 - Consentimiento informado

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO AL JEFE DE FAMILIA Y EVALUACION ANTROPOMÉTRICA AL NIÑO Y NIÑA

Se me ha explicado la investigación sobre la aplicación del cuestionario al jefe de familia (Padre o madre) y sobre la evaluación antropométrica del niño o niña menor de 5 años autorizo a la Lic. _____ se me haga las preguntas que sean necesarias y evalúe a mi menor hijo(a): _____

En cuanto se me ha explicado, doy el consentimiento para utilizar la información proporcionada por mi persona, por lo que mi participación es voluntaria, así mismo logro comprender que la información es de forma anónima y que logrará ser empleada, solo con fines académicos y que la investigadora conocerá mi identidad y la de mi hijo menor de 5 años.

Firma del Padre u Apoderado

Fecha

Anexo 4 – Cuestionario de tecnología de decisiones informadas

NOMBRES Y APELLIDOS.....

EDAD..... SEXO.....

OCUPACIÓN.....GRADO DE INSTRUCCIÓN.....

Dimensiones	Nº	Preguntas	Si	No
Buena alimentación	1	Recibió lactancia. materna		
	2	Recibió gotas de Vit A dentro de los últimos 6 meses		
	3	Recibió suplemento de hierro		
	4	Recibió alimento distinto de leche materna		
	5	Recibió tres comidas espesas		
Buena salud	6	Tuvo fiebre		
	7	Tuvo diarrea		
	8	Tuvo tos, dolor de garganta, gripe		
Buena atención	9	Tiene sus vacunas al día para su edad		
	10	Ha tenido su último control CRED, según su edad		
	11	Recibió consejería nutricional en último CRED		
	12	Mostró su carnet o se halló historia.		
	13	Padre estuvo con niño ayer.		
Cuidadores preparados	14	Madre dio de comer al niño ayer		
	15	La persona que lo cuidó ayer fue su madre o padre		
	16	La persona que lo cuidó ayer fue mayor de edad (18+).		
	17	La persona que lo cuidó ayer lee y escribe castellano		
	18	La persona que lo cuidó ayer asistió a sesión demostrativa de alimentos		
	19	La persona que lo cuidó ayer recibió capacitación en estimulación temprana		
	20	Agua segura (clorada o hervida).		
Vivienda saludable	21	Desagüe en red (UIR) o letrina adecuada (R)		
	22	Cocina mejorada (R) o en cuarto separado		
	23	Ayer hubo peleas en el hogar		
	24	Material precario (estera, quinchu).		
	25	Viven más de 3 personas/cuarto.		
	26	Niño con seguro de salud (SIS u otro).		
Comunidad saludable	27	Madre con seguro de salud (SIS u otro).		
	28	Niño con número de identificación (CUI).		
	29	El jefe (a) de familia tiene DNI.		
	30	El jefe (a) de familia recibió dinero donado (Juntos u otro).		
	31	El jefe (a) de familia tiene educación primaria completa		
	32	El jefe (a) de familia tiene más de 3 dependientes		
	33	En si comunidad hay educación temprana (WW, PRONOI, CET)		

Anexo 5 – Ficha antropométrica

FECHA _____ PROVINCIA _____

N°	Nombre y apellidos	Edad	Sexo	Peso	Talla	Resultado